



**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.P.S.S.C.S.S. "LUIGI EINAUDI"
VIALE PACINOTTI, 11 - PISTOIA -**

___/___/___ sottoscritt _____ in servizio presso I.P.S.S.C.S.S. " L. EINAUDI " istituto in qualità di

DOCENTE **A.T.A.** a tempo **DETERMINATO** **INDETERMINATO**

dichiara di assentarsi dal _____ al _____ (gg. _____)

e/o i seguenti giorni: _____

per il seguente motivo:

Malattia (art. 17) (all. certificazione medica)

Visita specialistica **ricovero ospedaliero** **analisi cliniche**

Permesso retribuito (art.15 c.2) (all. documentazione / autocertificazione)

Concorsi/esami **motivi personali/familiari** **lutto** **matrimonio**

Ferie **a.s. precedente** **a.s. corrente**

Festività soppresse

Recupero ore straordinario a.s. precedente a.s. corrente

Legge 104/92 giorni già goduti nel mese: **1** **2** **3**

Per sé **per il familiare** _____, a tal fine

la sottoscritta dichiara che il familiare/affine che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno.

Aspettativa per motivi personali/famiglia/studio (art. 18)

Altro caso previsto dalla normativa vigente (all. documentazione): _____

Data, _____

Firma del richiedente _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la documentazione presente;

Vista l'allegata certificazione medica/giustificazione;

CONCEDE

N° _____ gg di assenza dal ___/___/___ al ___/___/___ per _____

Durante questo periodo la retribuzione fissa mensile è corrisposta:

al 100% **al 90%** **al 50%** **al 30%** **all 0%**

IL DSGA

(Dott.ssa Federica Marino)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott.ssa Elena Pignolo)